

第1号様式(第4条関係)

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

本人氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日
世帯主氏名		本人との続柄		電話	
住所	上越市				
個人番号					
障害内容	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	等級	障害名
		年 月 日		級	
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有期判定 (有期期限)
		年 月 日		A	有・無 ()
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有効期限
		年 月 日		1級	年 月 日
その他					

上記のとおり申請します。

また、交付申請及び受給者証更新に伴う所得基準判断のため、私の世帯全員の課税台帳を閲覧(確認)することを承諾し、また、世帯全員の個人番号を告知します。

令和 年 月 日

住所 上越市 _____

手帳所持者氏名 _____

(宛先) 上越市長

※職員記入欄

保険種別 国保・後期・社保	保険者名
------------------	------

裏面あり

所得額等調査承諾書及び個人番号告知

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請及び受給者証更新に伴う所得基準判断のため、私の世帯全員の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、世帯全員の個人番号を告知します。

※受給者以外の世帯全員の氏名、個人番号をご記入ください。

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

(宛先) 上 越 市 長

受給者本人以外へ送付を希望される場合はご記入ください。

送付先 住所	〒	
宛名		電話